



**Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad para  
Determinación de Elegibilidad Provisional en ADAP**

	Apellidos	Nombre	Inicial
	Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Seguro Social
<b>INGRESOS</b>	Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: ( <i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i> )		
	<input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo parcial o completo en: _____		
	Ocupación o trabajo realizado: _____		
	Salario mensual promedio: \$ _____		
	<input type="checkbox"/> Yo o un adulto en mi unidad familiar recibe dinero de un trabajo por cuenta propia del cual no existe talonario		
	Ocupación o trabajo realizado: _____		
	Salario mensual promedio: \$ _____		
	<input type="checkbox"/> Recibo ayuda económica o dinero de otro individuo		
	Descripción: _____		
	Cantidad promedio: \$ _____		
<b>RESIDENCIA</b>	Cumpló con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: ( <i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i> )		
	<input type="checkbox"/> Tengo una casa/apartamento de mi propiedad		
	Dirección: _____		
	<input type="checkbox"/> Tengo una propiedad alquilada		
	Nombre de quien le alquila la propiedad: _____		
	Teléfono: _____		
	Dirección: _____		
	<input type="checkbox"/> Yo vivo con un familiar o amigo		
	Nombre de la persona con quien vive: _____		
	Dirección: _____		
<b>ASEGURAMIENTO</b>	Cumpló con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: ( <i>favor <u>iniciar</u></i> )		
	<input type="checkbox"/> No poseo ninguna cubierta de seguro médico (Privado o PSGPR) para tratar u obtener los medicamentos y/o pruebas especializadas para mi condición.		
	<input type="checkbox"/> Poseo una cubierta de seguro médico con:		
	PSGPR (Vital) / Aseguradora: _____ MPI _____ Cubierta Especial de VIH: Si ___ No ___		
	Aseguradora Privada: _____		
Numero de Contrato: _____ Fecha de vencimiento: _____			

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que toda la información que he provisto en esta autodeclaración es verdadera y correcta. Si deliberadamente doy alguna información falsa en esta autodeclaración se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa y el Departamento de Salud de PR podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes. Esta certificación tendrá una vigencia de 90 días transcurridos desde la fecha en que fue firmada.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (mm/dd/aaaa)**

Yo, \_\_\_\_\_, Manejador(a) de Caso del Centro Clínico \_\_\_\_\_ certifico que toda la información provista en esta autodeclaración es verdadera y correcta según el mejor conocimiento del paciente. Que el paciente fue debidamente orientado sobre las consecuencias de ofrecer información falsa en esta autodeclaración. Que el Programa y el Departamento de Salud podrá iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes y se podrá exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa si se identifica que el centro clínico tenía conocimiento de información falsa en esta autodeclaración.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Manejador(a) de Caso**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (mm/dd/aaaa)**